

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THESE

105
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger-Joseph LE GALL

Né le 11 septembre 1906 à Châteauneuf-du-Faou (Finistère)

A PROPOS DU TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE INTERSTITIELLE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1932

102

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger-Joseph LE GALL

Né le 11 septembre 1906 à Châteauneuf-du-Faou (Finistère)

A PROPOS DU TRAITEMENT

DE LA

GROSSESSE INTERSTITIELLE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE 2,

1932

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAI THAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET . . Pharmacologie.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale
 CATHALA . . Pathologie médicale
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . . Physiologie.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ECALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT. . . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY. . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VAILLERY-RA-
 DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MATHIEU. . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY.	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR.	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
BASSET.	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL. . . .	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER.	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeurs sans chaire.	)	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

NOEL LE GALL

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

A MON PÈRE

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris

A MA MÈRE

A MA FEMME

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur J.-L. FAURE

Professeur de Clinique Chirurgicale de Gynécologie
de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. le Docteur DOUAY

Chef des travaux de Gynécologie des Hôpitaux de Paris

*En témoignage de ma respectueuse
reconnaissance pour les bons con-
seils et les directives qu'il a bien
voulu me donner.*

A MON AMI A. LAFFAILLE

Interne des Hôpitaux de Paris

*Qu'il trouve ici l'expression de mes
sincères remerciements pour son
amitié et son aide dans ce travail.*

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

En 1911, Greyfié de Bellecombe admettait dans sa thèse inspirée par Segond, que le traitement de la grossesse interstitielle était l'hystérectomie. Il éloignait toute intervention conservatrice. L'excision du sac pratiquée déjà en 1896 par Engstroem, lui semblait d'indication tout à fait exceptionnelle. L'hémostase dont l'importance est capitale, est rendue si difficile que la castration totale devient l'opération la plus simple et la plus sûre. La résection pratiquée par Bertino (1911) était, à son avis, peu recommandable : l'étendue des lésions, l'avenir obstétrical trop dangereux la contre indiquaient. Il conclut : « Toute grossesse interstitielle reconnue par la laparotomie relève immédiatement de l'opération de Porro, de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale ou totale ».

La faveur de l'opération radicale semblait tenir à sa facilité, à sa rapidité d'exécution et aussi à sa sécurité immédiate du fait d'une hémostase complète et sûre. Les moyens conservateurs étaient éliminés parce que moins sûrs et plus difficiles à pratiquer à cette époque où la chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes était à ses débuts.

Depuis lors les opérations conservatrices semblent devenir plus fréquentes ; de nouveaux cas sont publiés, la conservation gagne peu à peu du terrain.

L'ablation de l'utérus devient l'exception et semble réservée par la majorité des auteurs aux cas où les interventions non mutilantes sont impraticables.

Dans la littérature de ces dernières années, on peut relever un nombre assez important de grossesses interstitielles traitées par la suture ou la résection de la corne malade. Allant plus loin, Cullen de Baltimore proposa et réalisa après excision de la corne, la réimplantation de la trompe par l'orifice ainsi créé.

A l'occasion de trois observations inédites, nous avons voulu faire le point et montrer que si le traitement conservateur était l'idéal, il n'était pas toujours facile à réaliser. La suppression de l'utérus est imposée dans quelques cas par les lésions que l'on trouve. L'hystérectomie supra-vaginale est-elle alors l'unique possibilité ? Si l'on est obligé parfois de supprimer l'appareil de reproduction, n'est-on pas en droit de tenter dans quelques cas, une intervention qui empêchera les troubles si gênants de la ménopause précoce ?

LES TRAITEMENTS

Classification.

On peut diviser schématiquement les traitements que l'on oppose à la grossesse interstitielle en deux catégories :

- 1) Ceux qui permettent l'espoir d'une grossesse ultérieure (traitement conservateur) ;
- 2) Ceux qui au contraire suppriment toute possibilité de grossesse.

Dans cette dernière catégorie, il existe deux ordres d'intervention :

- a) Celles qui détruisent la sécrétion interne ;
- b) Celles qui veulent empêcher les troubles si pénibles de la castration chez les sujets jeunes.

A. — Traitement conservateur

OPÉRATION PRATiquÉE PAR VOIE VAGINALE.

Les interventions qui ont été pratiquées par voie basse méritent à peine d'être rappelées. Déjà Second, condamnait cette façon de faire. Quand on la pratique,

c'est toujours associée au contrôle abdominal (Kelly, Webster).

Kelly ouvrit l'abdomen d'une femme et fit le diagnostic de grossesse interstitielle ; il extirpa le contenu à la curette par voie endo-utérine. Hirst et Farras, suivant la suggestion de Kelly, firent de pareilles interventions. On conçoit le danger de telles manœuvres, la possibilité de perforation, la fréquence d'hémorragie et les risques d'infection qu'elle comporte. Kelly lui-même ne plaide pas en faveur de cette technique et lui préfère l'excision de la corne. Actuellement, la voie basse doit être abandonnée, même comme nous le verrons plus loin, quand il s'agit d'interventions dites radicales.

OPÉRATION PRATiquÉE PAR VOIE ABDOMINALE.

Les traitements conservateurs pratiqués par voie haute réalisent l'idéal thérapeutique. Ils consistent dans leur ensemble à enlever les tissus malades et inutiles au niveau de la corne atteinte et à pratiquer la suture de celle-ci.

Suture.

La technique la plus simple consiste à exciser les bords de la plaie utérine, à nettoyer, à arranger d'une façon économique et à suturer soigneusement en plusieurs plans. Lorsque l'œuf ou les membranes sont restés en place, on les enlève et on suture la cavité. Ce sont là des interventions simples et rapides qui semblent convenir aux cas où il faut faire vite et où les lésions sont peu étendues.

Résection cunéiforme.

L'intervention conservatrice pratiquée le plus souvent dans la cure de la grossesse interstitielle, est à coup sûr la résection de la corne utérine malade. Wynne, au congrès de Toronto, en 1928, dans un rapport sur la grossesse interstitielle, présente une série de 45 cas dans laquelle on a pu avoir recours 16 fois à des interventions conservatrices. 10 fois on fit la résection de la corne, tandis que les autres moyens conservateurs (suture simple, ablation des membranes ou de l'œuf suivie de suture) ne furent employés que 6 fois. Cette manière de voir semble assez générale. Lorsqu'on parcourt des observations nouvelles publiées depuis lors, on a l'impression que la résection de la corne gravidique est le traitement presque unanimement appliqué (Aylwin Richardson, Crousse, Cotte, Wynne, Basset Douay).

La résection de la corne est supérieure à la suture simple. L'hémostase paraît meilleure et d'autre part elle prévient les récides *in situ*. On a depuis longtemps signalé en effet les cas de grossesses développées dans la partie interstitielle de moignon de trompes après grossesse tubaire rompue (Guaden, Guibe, Weiss, de Strasbourg, Saas).

Chabrut a rapporté une observation de récide de grossesse interstitielle après suture faite deux ans plus tôt.

La résection cunéiforme, enlevant le recessus tubo-interstitiel, aurait empêché à coup sûr la récide.

Cette résection cunéiforme n'a rien de bien particu-

lier au point de vue technique. Elle est la même que dans les autres affections annexielles et utérines nécessitant l'ablation de la corne.

Quelques détails cependant sont à retenir et les diverses discussions qui ont eu lieu ces derniers temps au sujet de cette intervention, ont permis de noter l'importance de plusieurs points.

1) *La difficulté de la résection* n'est pas si grande qu'on le pensait autrefois, surtout lorsqu'on sacrifie les annexes du côté atteint. L'état du muscle utérin a montré qu'il fallait réséquer les tissus utérins mous, friables et contus et trancher en tissu sain résistant, mais qu'il fallait être économe et ne pas avoir une brèche trop large, difficile à combler. Ainsi donc, un des points capitaux est d'avoir une occlusion hermétique, solide.

2) *La question de temps* (durée de l'intervention) était très importante lorsqu'on pratiquait l'hystérectomie systématique; on était obligé de faire « sauter » l'utérus, de péritoniser et de fermer en un temps record. Actuellement, cette hâte dans l'acte opératoire semble injustifiée. M. Villard, il y a deux ans, à la Société de Chirurgie de Lyon, montrait que dans la grossesse extra-utérine rompue lorsqu'on avait arrêté l'hémorragie par des pinces correctement placées, on avait tout le temps pour pratiquer une opération précise et satisfaisante. De même dans la grossesse interstitielle, une fois l'hémorragie tarie, on peut pratiquer posément les interventions rationnelles.

3) *La sûreté de l'intervention est actuellement acquise.*
Les principaux griefs que l'on faisait à l'excision étaient :

- a) La difficulté de l'hémostase ;
- b) L'infection possible d'origine ascendante endo-utérine ;
- c) La non solidité de la suture en cas de grossesse ultérieure ;

a) *L'hémostase* doit être pratiquée avec soin, la grossesse interstitielle étant toujours très hémorragique. Wynne appelle la corne utérine « Bloody angle ». L'artère utérine doit être liée par un point spécial, prenant point d'appui sur le bord utérin au-dessous de la tumeur de la corne (Douay, Cotte). Pour faciliter cette manœuvre, il est bon de commencer par la section et la ligature du pédicule utéro-ovarien. Dans certains cas, lorsque le ligament rond est gênant, on crée une large brèche dans le ligament large qui permet un accès facile sur la partie haute de l'artère utérine au-dessous de la corne hypertrophiée (Douay voir obs. IV)

On peut aussi assurer cette hémostase en passant des points en U dans la tranche de section (Monod). Pour plus de sécurité, on associera ces deux moyens d'hémostase.

Il ne faut pas se contenter de la ligature de l'utérine au niveau de la trompe. En effet, on a pu voir des hémorragies secondaires se produisant comme l'a signalé M. Perrin, de Lyon, immédiatement dans la soirée même, obligeant à réintervenir.

b) *L'infection* par ouverture d'une cavité utérine suspecte ne semble pas à craindre. Aucune observation ne

signale cet inconvénient, cette ouverture est temporaire, de courte durée et avec les précautions d'usage, l'infection n'est pas à craindre. M. Cotte a fait remarquer que de nombreuses interventions ouvrant la cavité ne sont pas suivies d'infection et que la cicatrisation du muscle utérin se fait normalement. Il a pratiqué plus de 30 myomectomies ayant intéressé la muqueuse utérine ; dans aucun cas, il n'a eu à déplorer d'accidents infectieux. Les résultats des hystérectomies fundiques publiés par Lécène et Gaudart d'Allaines sont excellents. La cicatrisation de l'utérus s'est faite d'une façon normale, et pourtant dans la plupart des cas, ils sont intervenus pour les affections où le maximum des lésions se trouvait dans le fond utérin.

c) *La fragilité* de la paroi utérine n'est pas prouvée. Le danger de rupture existe peut-être, mais il ne doit pas contre-indiquer la résection. Ce même danger contre-indique-t-il la césarienne, la myomectomie ou la transplantation tubaire ? comme le fait remarquer Crousse de Bruxelles. Une suture en plusieurs plans avec une péritonisation permise par un décollement vésico-utérin (Haman) donne une solidité suffisante. En tous cas, une surveillance obstétricale attentive devra toujours être exercée si une nouvelle grossesse se produisait.

Résection de la corne utérine avec conservation des annexes et réimplantation tubaire (opération de Cullen, de Baltimore).

Cette opération conservatrice est le modèle du genre. Elle tend à la reconstitution anatomique, elle supprime

simplement la portion malade et théoriquement permet l'utilisation des annexes du côté atteint. Mais de nombreuses objections lui ont été faites. Son exécution est plus délicate, plus longue, par conséquent plus aléatoire. Elle ne peut s'adresser qu'à des cas bien limités où les annexes du côté atteint sont utilisables. Nous ne pouvons que citer le cas de M. Haman : « Il est bon de remarquer que lorsqu'on opère avec hémorragie abondante, ce n'est pas le moment de pratiquer des interventions complexes, délicates, telle que la résection de la corne et la fixation des trompes dans la cavité utérine ».

Résultats

Les résultats des opérations conservatrices sont des plus encourageants. En 1923, M. Haman traitait le 17 janvier une grossesse interstitielle par résection de la corne et du tiers externe et supérieur de l'utérus. La malade fit un avortement le 18 décembre 1923, mais une troisième grossesse donnait bientôt un enfant à terme, normal, pesant 3 kg. 980.

M. Crousse, de Bruxelles, a, lui aussi, obtenu un succès analogue. Il opère une grossesse interstitielle par résection de la corne et sa malade accouche normalement deux ans après l'intervention.

Le cas de Cullen mérite une mention spéciale. Chez une malade opérée antérieurement de salpingectomie du côté opposé, il fit la résection de la corne et réimplanta la trompe restante dans la brèche utérine. Quelque temps après la malade eut une grossesse qui se termina par un avortement, puis elle eut ultérieurement

une grossesse normale qu'elle conduisit à terme (Douay, Congrès de Lyon, 1927).

Plus récemment, Harthing, de Chicago, a pratiqué une intervention semblable à celle de Cullen, et lui aussi a obtenu un succès identique.

Dans les cas heureux, ou une grossesse normale vient couronner les efforts conservateurs du chirurgien, il semble que l'adaptation utérine ne se fasse pas immédiatement. Dans nombre de cas, cette grossesse normale ne suit pas l'intervention, un avortement la précède, l'adaptation se fait en plusieurs temps.

Les avantages des opérations conservatrices ne sont plus à prouver. Il convient cependant de signaler quelques rares échecs : Cas de Douglas Marion après suture simple, opération trop tardive. Premier cas de Phaneuf Boston qui vit sa malade mourir le troisième jour après résection et réimplantation.

B) Traitements radicaux

(Ceux qui suppriment la fonction de reproduction et la sécrétion interne de l'ovaire).

OPÉRATIONS PRATIQUÉES PAR VOIE VAGINALE

L'hystérectomie vaginale ne se discute pas. Elle ne doit être pratiquée en aucun cas. Le diagnostic n'étant jamais posé d'une façon ferme, la laparotomie est nécessaire à ce diagnostic. Cette intervention est aveugle et par conséquent dangereuse dans certains cas. Segond avait insisté sur ce point ; il était déjà très catégorique.

OPÉRATIONS PRATIQUÉES PAR VOIE ABDOMINALE.

La voie abdominale est la seule que l'on puisse accepter. Dans la majorité des cas, et surtout dans les cas anciens, elle n'a été que le premier temps de l'hystérectomie supra-vaginale.

Hystérectomie :

Suivant les préférences et les habitudes de chaque opérateur, l'hystérectomie a été tantôt totale, tantôt supra-vaginale. La discussion entre les défenseurs de chacune de ces méthodes n'est pas utile dans le cas qui nous concerne. Nous envisageons l'hystérectomie en tant qu'opération supprimant fonctionnellement l'appareil génital interne de la femme, nous ajouterons cependant que c'est l'hystérectomie subtotale intracervicale qui a été le plus souvent pratiquée.

Cette opération a le mérite d'être connue et pratiquée souvent par tous les chirurgiens.

Elle est *facile* presque toujours dans les cas qui nous intéressent.

Rapide,

Sûre.

Ce sont là des qualités qui font que cette intervention a été pratiquée presque exclusivement dans les premiers cas rapportés. Mais à côté des avantages qu'elle offre et que nous venons de signaler, l'hystérectomie présente des inconvénients très sérieux qui la font rejeter à l'heure actuelle par les chirurgiens qui se sont occupés de la question. Néanmoins, l'hystérectomie conserve des indications que nous analyserons plus loin.

Inconvénients

C'est avant tout l'impossibilité de grossesse ultérieure.

C'est aussi chez des femmes jeunes les troubles si importants, parfois si sérieux, de la ménopause précoce.

C'est surtout le choc opératoire qu'elle occasionne chez des malades déjà très choquées par une hémorragie interne abondante. La plupart des malades opérées de grossesse interstitielle sont amenées très tard au chirurgien et l'hémorragie dans cette forme de grossesse ectopique est très abondante.

MM. Job et Haman, à propos du cas qu'ils rapportent à la Société d'Obstétrique de Nancy, pensent que leur opérée ne pouvait faire les frais d'une hystérectomie. Nous connaissons un cas de grossesse interstitielle rompue, mais dont nous ne pouvons publier ici l'observation, pourtant inédite, qui fut amenée à l'hôpital dans un état presque désespéré. On pratiqua une hystérectomie et la malade mourut malgré des soins post-opératoires très énergiques (transfusion, sérum intra-veineux).

Peut-être de l'avis même du chirurgien qui l'opéra, une intervention partielle, suture ou même tamponnement de la plaie utérine, aurait donné un résultat différent.

Ainsi donc, à une première analyse, l'hystérectomie présente des inconvénients considérables. Doit-elle être conservée et sous quelle forme ?

L'hystérectomie est indiquée dans certains cas que nous allons analyser. De plus, chaque fois que l'on pourra, si l'on est obligé de sacrifier la fonction de re-

production, il faudra songer à conserver la fonction interne de l'ovaire et, par conséquent, pratiquer, quand cela sera possible et sans danger, des opérations qui respecteront le rôle endocrinien de l'ovaire.

1) CAS DANS LESQUELS ON EST EN DROIT DE PRATIQUER L'HYSTÉRECTOMIE.

a) *L'étendue des lésions ne permet pas toujours de conserver sans danger.*

C'est là une notion capitale et lorsqu'on analyse les cas publiés d'hystérectomie pour grossesse interstitielle, on sent dans l'exposé des différents auteurs et dans les comptes rendus opératoires, l'impossibilité de faire autre chose que la castration bi-latérale à cause des lésions constatées.

Lésions dues à la grossesse interstitielle.

Lorsque la grossesse est trop ancienne, le délabrement utérin est trop important, la déchirure intéresse une trop grande partie de l'utérus et il est impossible de réséquer sans danger ; l'hystérectomie est la seule possibilité. Di Palma, de New-York, admet cette alternative dans les grossesses de plus de 3 mois et seulement dans ces cas. « Moins on fait, dit-il, meilleur pronostic on a, et sauf exceptions des cas trop avancés, « (3^e et 4^e mois) la résection de la corne en cause, est suffisante en général ».

Raoul Charles Monod, dans sa tactique opératoire des annexes de l'utérus, dit : « La conduite varie suivant que le sac fœtal empiète plus ou moins sur l'utérus, dans

nombre de cas, on s'en tire par une résection cunéiforme, mais si l'utérus doit être réséqué sur une trop grande étendue, on peut être forcé de faire une hystérectomie ».

C'est ainsi que Desoubry, et que Sacuto furent obligés, du fait de l'étendue des lésions, d'enlever l'utérus. Dans deux de nos cas que nous publions, l'état de la déchirure et du péritoine voisin, ecchymotique, et aussi des lésions des annexes, ont obligé à pratiquer une hystérectomie qui fut malgré le désir conservateur du chirurgien, une supra-vaginale.

Lésions du petit bassin, antérieures à la grossesse.

L'état des annexes du côté opposé peut légitimer l'hystérectomie. Leur absence ou leur atteinte a forcé la main dans bien des cas. Il faudra se souvenir cependant, lorsque les annexes du côté en cause sont utilisables, que Cullen a obtenu des résultats très satisfaisants et, lorsque les deux côtés sont malades, il existe des interventions ne châtrant pas la femme et dont nous parlerons plus loin, telle par exemple que l'hystérectomie fundique.

C'est parfois l'état de l'utérus qui n'autorise que son ablation avec castration bi-latérale, un fibrome par exemple, comme dans le cas publié par Nelson ou comme dans le cas du professeur J.-L. Faure, qui a inspiré la thèse de Chalaby (voir obs. XI), l'utérus était gros, congestionné, fixé en rétroversion par des adhérences anciennes englobant complètement l'annexe gauche. La corne utérine droite était bosselée, ressemblant

à un ovaire adhérent contenant un hématome. L'hystérectomie subtotale fut pratiquée, toute autre intervention était impossible.

L'état du petit bassin c'est-à-dire du péritoine, des annexes, est d'une importance capitale. Dans notre observation n° X, dans le cas de J.-L. Faure, dans le premier cas de Wynne (obs. XII) les lésions anatomiques étaient multiples : adhérences péritonéales, épiploon fixant l'utérus en rétroversion etc... On conçoit que dans de tels cas, toute intervention autre que l'hystérectomie est impossible, même dangereuse, et comme le disait M. Lapointe à propos de l'observation qu'il a rapportée avec Sacuto à la Société de Chirurgie le 25 avril 1928 « au point de vue du traitement, l'hystérectomie s'imposait, même si les annexes gauches avaient été saines. Tenter de conserver l'utérus en réséquant le sac eut été d'une fantaisie dangereuse ». Nous devons dire cependant que M. Villard lorsque la question de la grossesse interstitielle fut soulevée à la Société de Chirurgie de Lyon, insista sur la nécessité de ne s'occuper que de la lésion utérine, les autres pouvaient s'arranger dans la suite.

b) *L'âge de la femme, le nombre de grossesses antérieures.*

Chez la femme, mère de plusieurs enfants, et au voisinage de la ménopause, l'hystérectomie est légitime. C'est l'opération que l'on devrait pratiquer dans ce cas si elle n'était chez ces malades saignées à blanc, plus dangereuse parce que plus choquante,

c) *L'avis de la malade*

ou de son entourage doit être présent à la mémoire de l'opérateur quand il aura à se décider pour ou contre l'hystérectomie.

d) *Les dispositions de chaque opérateur*

doivent entrer en ligne de compte pour une grosse part.

Un nombre encore assez grand de chirurgiens, à l'heure actuelle, ne pratiquent qu'exceptionnellement la chirurgie conservatrice. Pour certains, elle se résume à la salpingectomie unilatérale, l'hystérectomie restant l'opération de base applicable à toutes les lésions du petit bassin. Ils l'ont en main, ils savent la pratiquer rapidement, sûrement, tandis que le manque d'habitude des interventions limitées, conservatrices, font de celles-ci des opérations longues et difficiles ; des opérations d'exception. L'hésitation n'est pas permise à leurs yeux lorsque, le ventre ouvert, il faut prendre une décision, honnêtement, presque par habitude, ils pratiquent l'hystérectomie dont ils sont sûrs et, d'ailleurs, dans les traités classiques, l'opération conservatrice semble avoir une place restreinte, l'hystérectomie est l'opération qui y est souvent conseillée.

On ne pourrait mieux comparer ces cas qu'à l'hystérectomie vaginale presque délaissée partout pour l'opération par voie haute. Souvent on a pensé, en face d'un cas précis, que la voie basse est toute indiquée et qu'elle présente tous les avantages. On fait tout de même une hystérectomie abdominale, c'est la seule qu'on sache

faire correctement, vite, sûrement, par habitude. D'ailleurs la plupart des auteurs ayant publié plusieurs observations, ont fait presque toujours l'hystérectomie dans les premiers cas et n'ont pratiqué des interventions conservatrices qu'après avoir réfléchi et s'être rendu compte de la supériorité de ces opérations partielles.

2) TECHNIQUES DE L'HYSTÉRECTOMIE AUXQUELLES ON PEUT AVOIR RECOURS.

Si, pour des raisons valables, l'hystérectomie est décidée, quelle doit être l'intervention pratiquée ? Doit-on avoir recours à l'hystérectomie totale ou subtotale d'une façon systématique ? Ne doit-on pas essayer de conserver à la femme la sécrétion interne de l'ovaire ? A propos des annexites gonococciques Lecène écrivait : « La castration totale chez une femme jeune est toujours à mon avis, chose sérieuse et je ne m'y résous qu'avec difficulté et quand je ne puis faire autrement ». Il doit en être de même dans l'affection qui nous intéresse. Si on ne peut sauver la fonction de reproduction, on devrait essayer de sauver la fonction endocrinienne dans les cas où la vie de la malade n'est pas en danger. Les opérations qui tendent vers ce but sont assez nombreuses. Quelques-unes nous semblent utilisables.

a) L'hystérectomie, laissant un ovaire en place offre peu d'intérêt ; elle complique une intervention qui doit être rapide et cela sans avantage. Lecène a montré, dans son article du *Journal de chirurgie*, 1922, l'inutilité, voire même les inconvénients de cette méthode.

b) Peut-on en laissant un ovaire et sa trompe, après l'hystérectomie, espérer la conservation de la fonction ovarienne ? Ferret a publié récemment quelques cas encourageants.

c) L'hystérectomie fundique (résection cunéiforme du fond utérin avec ablation bilatérale des trompes avec conservation d'un ou deux ovaires) est une excellente opération ainsi que le prouvent les résultats des 47 cas revus par Lecène. La menstruation est conservée, les troubles de la ménopause précoce sont absents. Cette intervention fut pratiquée au cours de deux grossesses tubaires avec lésions des annexes opposées et au cours d'hématosalpinx bilatéraux. Il nous semble qu'elle pourrait être pratiquée dans certains cas, par exemple, lorsqu'il existe une lésion utérine trop importante pour être suturée et lorsqu'il existe des lésions du côté opposé. Bien qu'à notre connaissance, elle n'ait pas été réalisée dans la grossesse interstitielle, nous croyons qu'elle doit être préférée aux interventions totales ou supravaginales dans les cas précis que nous venons de signaler.

Toutes ces interventions destinées à prévenir la ménopause précoce, ne peuvent être envisagées que dans les cas où l'état général de la maladie n'est pas inquiétant et ne commande pas une intervention rapide.

INDICATIONS

Les indications doivent être envisagées dans deux cas différents, presque opposés.

Au cours de l'accident aigu, rupture avec syndrome d'hémorragie interne.

Au cours de la grossesse interstitielle non rompue.

1) Rupture. Syndrome d'hémorragie interne Accident cataclysmique

Il faut agir vite, arrêter l'hémorragie, ne pas pratiquer d'intervention complexe ou choquante, faire le minimum.

On aura presque toujours recours aux interventions partielles et simples.

a) *La brèche est petite, pas trop déchiquetée.*

On fera, après nettoyage (ablation de l'œuf ou des membranes) une suture simple en plusieurs plans à laquelle on adjoindra la castration du côté atteint ;

b) *La brèche est plus grande et déchiquetée.*

La suture simple ne peut pas être faite correctement

et en toute sécurité ; on pratique la résection cunéiforme de la corne avec ligature de l'utérine haute et ablation des annexes correspondantes ;

c) Comme nous l'avons dit, l'hystérectomie ne sera pratiquée qu'exceptionnellement. On la pratique lorsqu'il existe de grosses lésions utérines (gros délabrements, fibrome, gros utérus congestionné, lésions importantes du petit bassin, rétroflexion, adhérences), bref dans les cas où l'hystérectomie serait pratiquée en dehors de l'accident qui a fait pratiquer la laparotomie.

On pourrait aussi l'appliquer aux femmes au voisinage de la ménopause.

Mais une condition essentielle s'impose.

La malade doit être en état de supporter cette intervention. Si elle semble trop choquante, quelles que soient les lésions, on s'abstiendra. Si le pouls est rapide, petit, inquiétant, les extrémités froides, et si, le ventre ouvert, on s'aperçoit que la résection cunéiforme ou la suture sont impossibles et que, dans d'autres exceptions, les lésions que l'on constate indiqueraient l'hystérectomie, on arrêtera l'hémorragie par simple tamponnement (Prinz, Wynne) et on fermera rapidement pour traiter l'état général de la malade par la transfusion, les injections de sérum intra-veineux et les toni-cardiaques. Ultérieurement on s'occupera des lésions du bassin.

L'opération partielle est l'idéal parce que conservatrice, parce que moins grave. L'hystérectomie ne s'impose que rarement en ce cas, c'est la subtotalé qu'il faudra pratiquer,

2) Grossesses non rompues

On a tout le temps pour agir. La question d'urgence, de rapidité, de bénignité de l'intervention ne se pose plus, c'est la fonction qui domine tout.

A) L'appareil génital interne est en bon état.

On emploiera la résection cunéiforme avec castration unilatérale correspondante.

L'opération de Cullen peut être envisagée, mais la réimplantation paraît superflue si le côté opposé est sain.

B) L'appareil génital est malade.

a) Les annexes opposées sont seules malades. La réimplantation est indiquée, la résection simple avec castration conserve la sécrétion interne, mais toute grossesse ultérieure est impossible ;

b) Des deux côtés, les annexes sont en mauvais état, c'est dans ce cas qu'il nous semble que l'hystérectomie fundique est indiquée surtout si les lésions sont bien localisées aux trompes et au fond utérin ;

c) L'utérus est le siège de lésions importantes (fibrome) : C'est l'hystérectomie subtotale que l'on doit faire. Dans quelques cas de lésions utérines localisées, on pourra faire des opérations limitées telles qu'une myomectomie associée à la résection ;

d) Lorsque les lésions atteignent plusieurs organes, on est en droit de faire une hystérectomie subtotale ou totale ou bien, quand cela est possible, de faire

de la chirurgie conservatrice. Ce sont là des cas d'espèces ;

e) Aux environs de la ménopause, chez la femme ayant plusieurs enfants, l'hystérectomie s'impose.

OBSERVATIONS

Cas de grossesses interstitielles traités par simple suture

Obs. 1 (résumée). — *Cas de grossesse interstitielle de 4 mois 1/2 rompue et traitée par la suture* (Regwald B. Weiler and Gjellum).

Il s'agit d'une femme âgée de 23 ans ayant eu 2 enfants d'un premier lit et ignorant sa grossesse. Ses dernières règles datent du 15 mars 1927. Une semaine avant l'incident capital elle ressent de petites douleurs abdominales diffuses, sans importance à son avis.

Le 6 avril 1927 à 8 heures elle ressent à droite de fortes douleurs à type de spasme, se reproduisant par intervalle. A 10 heures elle est examinée et voici ce qu'on note à l'examen clinique :

L'abdomen très tendu est douloureux dans son ensemble, mais surtout au point de Mac-Burney.

Pouls à 74.

Température : 38°.

L'utérus est augmenté de volume et semble correspondre à celui d'une grossesse de 2 à 3 mois.

L'examen des annexes est impossible à cause de la douleur.

Le 7 avril à 4 heures il y a des signes d'hémorragie interne.

Diagnostic : Appendicite ou grossesse extra utérine rompue.

A 5 h. 30, opération faite par Gjellum, anesthésie à l'éther.

Opération.

A l'ouverture de la cavité péritonéale il sortit un énorme flot de sang limpide mêlé à des caillots, un fœtus de 10 à 12 semaines fut extrait avec ses membranes non rompues. Il était libre dans la cavité abdominale. La palpation de l'utérus montre une large fissure de 2 ou 3 pouces de diamètre, intéressant la moitié supérieure du muscle à la jonction tubo-interne droite. La trompe est normale et ininterrompue. Le reste de l'utérus est normal. La déchirure n'atteint pas la cavité utérine. La base correspond à la musculature de la corne. La brèche fut réparée par du catgut, les sutures commençant par le fond de la cavité et étant placées en couches superposées. Le tout fut péritonisé. La cavité péritonéale nettoyée des caillots et du sang. Drainage.

Durée totale de l'opération : 80 minutes. Injection sous-cutanée et intra veineuse de sérum salé.

Digitaline et adrénaline.

La malade eut des suites opératoires sans incident et sortit guérie au bout de deux semaines.

Obs. II (résumée). — *Grossesse interstitielle rompue traitée par suture.* (De DI PALMA, de New-York).

B. S... est admise à Harlem hospital le 3 mai 1925 pour douleurs abdominales avec irradiation aux 2 omoplates. Bouffées de chaleur. Sueurs froides. Nausées, vertiges.

Histoire de la maladie.

A 9 heures du matin, douleur brutale en coup de poignard dans le bas ventre. La malade éprouve des bouffées de chaleur, des sueurs froides. Pas de vomissement ni

d'évanouissement, mais tendance à la syncope et nausées.

Dans l'après-midi apparaît une douleur dans les omoplates, plus forte du côté droit. C'est la première fois que la malade ressent ces symptômes, elle n'a jamais eu d'attaque semblable.

Les dernières règles sont du 14 mars, et depuis, aucune perte de sang.

Cette femme est mariée depuis 6 ans, elle a eu une fausse couche et 2 grossesses normales. La dernière date du 15 mars de l'année précédente.

Examen clinique.

La malade a une respiration et un pouls rapides, elle présente de la pâleur des muqueuses. Au niveau des seins, on note une sécrétion lactée. L'abdomen est légèrement distendu et sensible dans toute son étendue, surtout dans le quadrat inférieur droit. On ne sent aucune masse, contraction musculaire modérée. Pas de signe de Cullen. L'appareil génital externe est normal. Rien au T. V. Le périnée est intact, non distendu. Douleur vive provoquée par les mouvements passifs sur le côté. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont très douloureux.

Diagnostic clinique : Rupture de grossesse ectopique droite.

Opération.

Pratiquée peu après l'admission. Incision para-médiane droite. La cavité abdominale est remplie de sang liquide et de caillots. Sur la corne droite entre le ligament utéro-ovarien et plus loin le ligament rond, l'utérus est éclaté et une petite masse saignante en chou-fleur fait saillie par l'orifice. Cette masse a la forme d'une poignée, elle mesure 2 cm. sur 1 cm. 1/2. Au-dessous de la brèche se trouve la trompe de Fallope qui n'est pas augmentée de volume.

La masse fut enlevée et la brèche suturée en plusieurs plans. Les trompes sont laissées en place. Les gros caillots retirés et le sang liquide laissé dans la cavité abdominale.

L'incision abdominale suturée en plusieurs plans, on injecte 900 cc³ de sérum sale et quinze gouttes d'adrénaline intra-veineux.

Diagnostic opératoire : Grossesse interstitielle droite rompue, confirmée par l'examen histologique. Suites opératoires : Normales.

Obs. III (résumée). — (DE MARION DOUGLAS, Cleveland, Ohio).

Rapport d'un cas de grossesse interstitielle non diagnostiquée, avec rupture fatale.

Le 17 mars 1925 la malade entre pour nausées, elle sort le 31. Ses dernières règles datent du 11 décembre de l'année précédente.

Le 26 mai elle est admise de nouveau d'urgence avec un pouls à 140. On suspecte une rupture utérine.

A la laparotomie on constate un éclatement de la corne gauche. Le fœtus est dans l'utérus, le placenta dans l'abdomen. Une grosse hémorragie est causée par une déchirure irrégulière

La suture est rapide, la fermeture immédiate.

Il y a chute de la tension artérielle et mort une heure après.

Grossesse interstitielle traitée par la résection

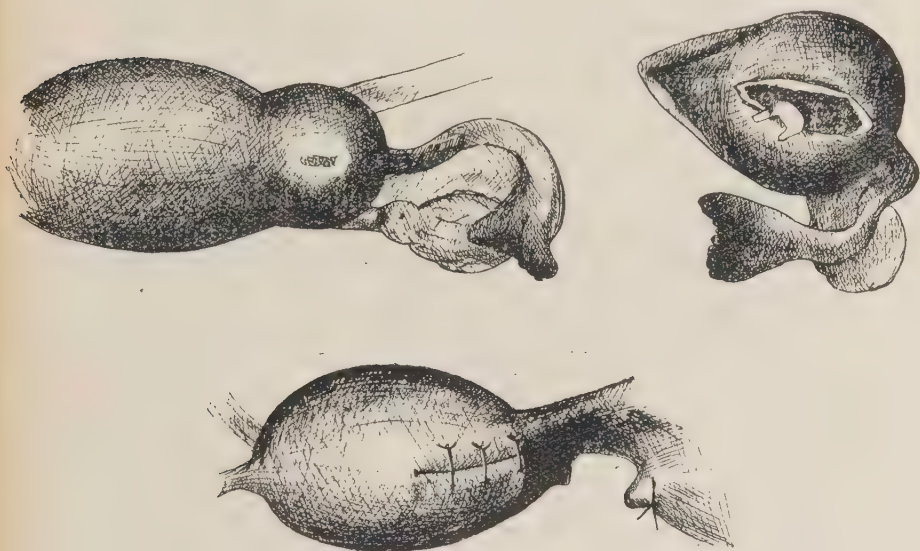
Obs. IV (inédite du Dr DOUAY). — Diagnostic : *Grossesse ectopique rompue, traitée par la résection cunéiforme.*

Mme Nau..., 35 ans, 2 enfants.

M. le Dr Douay fut appelé en consultation par le Dr Istria à 10 heures du soir le 24 octobre 1931, auprès d'une malade chez laquelle il avait porté le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue à 16 h.

Début.

La malade avait perdu du sang le 21 octobre après un retard de 1 mois 1/2. On avait pensé tout d'abord à une fausse couche. 3 jours après à 16 h. du soir, la malade fut prise de douleur brutale et vive dans la région abdominale droite, avec état syncopal très net. On fit du sérum sous-cutané.



L'examen pratiqué à 10 h. par le Dr Douay permettait de poser le diagnostic de grossesse ectopique rompue. Les signes généraux sont très nets et impressionnants. Le syndrome d'hémorragie interne évident : Pouls très petit, incomptable, facies pâle, les muqueuses décolorées.

L'examen de l'abdomen décèle un ballonnement léger et une matité dans les flancs.

Le toucher vaginal montre un Douglas tendu, résistant et

surtout douloureux. On pense à une grosse collection hématique abdominale pelvienne. L'intervention est immédiatement décidée et la malade transportée d'urgence à la clinique, elle est opérée à 11 h. 1/2 du soir.

Opération :

Faite par le Dr Douay. Anesthésie générale au mélange de Schleich. Laparotomie sous-ombilicale médiane. A l'ouverture du péritoine, une grosse quantité de sang liquide s'échappe, l'abdomen semble rempli de sang fluide et de quelques caillots. L'examen du petit bassin montre des annexes indemnes. C'est sur l'utérus au niveau de la corne droite que se trouvent les lésions. Il existe en effet à cet endroit, une tuméfaction arrondie du volume d'une mandarine (schéma n° 1). A sa partie supérieure on voit un petit orifice longitudinal, à bord déchiquetés, d'environ 1 cm. 1/2 par où s'échappe un peu de sang et des débris choriaux. Le diagnostic anatomique est celui de grossesse interstitielle rompue à droite.

Ligature du pédicule utéro-ovarien et section du ligament large en suivant le mésosalpinx et en conservant le ligament rond. Ligature de l'artère utérine transversalement sous l'origine du ligament rond au-dessous de la tumeur de la corne utérine. Résection cunéiforme de la corne passant en tissu sain à surface de section nette (voir schéma n° 2) est faite à l'aide de gros catgut qui assure l'hémostase (voir schéma n° 3).

Un gros drain est laissé dans le Douglas.

Fermeture.

Suites opératoires :

Les suites immédiates furent très graves, dramatiques, la malade est difficile à réchauffer, les signes généraux restent inquiétants. On fait du sérum salé intraveineux et sous cutané en grosse quantité, sinapismes, huile camphrée. On obtient par ce traitement médical adjuvant, une légère amélioration. Le lendemain matin l'état s'aggrave à nouveau, le

pansement est mouillé par le sang qui s'échappe en quantité assez abondante par le drain abdominal. L'examen du pansement porte à croire qu'il s'agit du sang épanché dans l'abdomen au moment de la rupture. On aspire. Etat syncope inquiétant.

On fait de nouveau du sérum salé intra veineux dans lequel on injecte de l'adrénaline. Le pouls s'accélère, devient irrégulier, incomptable, le cœur s'affole, la malade est cyanosée. L'état est très grave, faisant craindre une issue fatale. On injecte de nouveau une autre ampoule de 250 cc. de sérum. Il se produit alors une légère amélioration. L'état de la malade reste cependant très inquiétant.

Le Dr Jubé appelé en toute hâte fit une transfusion de 250 cc. de sang. Les résultats ne se font pas attendre; immédiatement la malade est transformée. Revue à 12 h. 1/2, elle est très bien recolorée, son pouls radial redevient perceptible, rapidement en l'espace de une heure, l'état est devenu rassurant. L'évolution ultérieure fut sans histoire. Le drain fut retiré le 3 novembre 1931. Il y a seulement un peu de pus venant à la paroi.

La guérison fut rapide et sans complication.

Obs. V (résumée). — (De M. Grousse, de Bruxelles).

Il s'agit d'une grossesse interstitielle rompue traitée par la résection large de la corne utérine, avec castration unilatérale et suture.

C'est une grossesse de 3 mois qui ayant évolué jusqu'alors sans incident fit une rupture à début brutal. Opérée 24 heures après la rupture, dans un état des plus précaires.

Intervention :

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Anesthésie à l'éther : « Dès l'ouverture du péritoine un fœtus de 3 mois se présente à ma main au milieu des anses intestinales et des caillots sanguins. L'utérus est augmenté de volume comme à

2 mois La corne utérine droite est le siège d'une tumeur volumineuse au sommet de laquelle il existe dans le sens transversal, une brèche large de 4 cm. environ. Le placenta est inséré au fond du cratère ; le cordon que je viens de rompre en prenant le fœtus lui est encore attaché. Les annexes sont plantées de façon asymétrique. La droite sous la poussée de la tumeur a subi un mouvement d'ascension marqué et l'utérus déformé lui-même semble avoir pris une direction presque verticale (signe de la verticalisation du fond de l'utérus).

Ligature et section du ligament utéro-ovarien et du ligament rond correspondant.

Ligature de l'artère utérine droite sur le bord de l'utérus au-dessous de la tumeur.

Réséction large en biseau de la corne et suture de la brèche en 3 plans à points séparés pour compléter l'hémostase.

Toilette péritonéale.

Fermeture en 3 plans avec drainage,

Suites normales de l'intervention.

Obs. VI (résumée) (de JOB et HAMAN). Diagnostic : *Grossesse ectopique rompue*, traitée par résection. Guérison.

Observation résumée.

Mme J..., 33 ans.

Antécédents : Avortement de 4 mois en 1919. Accouchement pénible avec enfant mort en 1920.

En 1925, troisième grossesse : enfant qui mourut.

En 1927, quatrième grossesse ; enfant vivant après traitement.

En juin 1927, après un retard de règles de 15 jours, elle présente des accidents de rupture de grossesse ectopique.

Intervention :

Grosse quantité de sang liquide dans le ventre avec petit fœtus de 2 cm. Aucune lésion des annexes. Au niveau de la

corne droite, il existe une perte de substance par laquelle s'éliminent des masses d'aspect chevelu, blanchâtre. C'est la perforation utérine qui donne naissance à l'hémorragie. L'état général de la malade est tel qu'elle ne pourrait supporter une intervention aussi importante que l'hystérectomie, aussi pratiquons-nous la résection de l'angle droit de l'utérus.

La section porte sur la corne utérine en rasant en avant et latéralement l'insertion du ligament rond, mais empiétant plus sur le fond et la paroi postérieure de l'utérus. L'hémostasie du pédicule ovarique ne présente rien de particulier ; quant à la fermeture de la brèche utérine qui s'étendait jusqu'à la cavité, nous y sommes parvenu à l'aide de gros catguts qui prennent la paroi en masse et accolent assez exactement les deux lèvres. Quelques points intermédiaires rapprochent ces deux lèvres utérines. Au-dessous de cette ligne de suture, le ligament rond, attiré en axe, est fixé par quelques points et capitonne l'incision. Enfin le péritoine vésico-utérin sectionné est attiré et recouvre toute la surface cruentée, puis il est fixé à l'utérus d'une part, au ligament rond d'autre part.

Obs. VII (résumée . — *Un cas de grossesse interstitielle rompue*
Résection (WYNNE).

Opération à « St-Barnabas hôpital ».

Le pelvis était plein de sang liquide et il y avait deux poignées de caillots sur le rein droit. L'épiploon était adhérent au péritoine pariétal antérieur à gauche de la ligne médiane et à la partie supérieure du sac fœtal.

La corne utérine augmentée de volume avait à peu près la grosseur d'un « grap fruit ». Le corps était légèrement augmenté de volume. La trompe et l'ovaire gauche étaient normaux. La trompe droite était de même forme et de même longueur que la gauche. L'ovaire droit était normal. Il n'y

avait aucun corps jaune sur les ovaires. Le ligament rond à droite était attaché à la surface antérieure et inférieure de la corne augmentée de volume, et se trouvait un pouce plus haut que le point d'attache du ligament rond gauche. La trompe gauche joignait la corne plus haut que la droite. La distance qui sépare le ligament rond et la trompe était plus de 2 fois plus grande à droite qu'à gauche.

La corne droite était éclatée en arrière et le tissu placentaire faisait saillie à travers un orifice de 2 cm. $1/2 \times 4$ cm. On voyait, dans la déchirure, les membranes non rompues.

La trompe droite et la corne utérine correspondantes furent réséquées. Le sang enlevé de l'abdomen. La malade eut une convalescence rapide et sans incident.

Obs. VIII (résumée) (de AYLWIN RICHARDSON). — Diagnostic clinique : *rupture de grossesse ectopique*, traitée par la résection.

Observation résumée :

Malade opérée deux ans auparavant pour rupture de grossesse ectopique droite : (ablation de la trompe et de l'ovaire droits). Depuis lors, elle eut une grossesse normale.

Cette femme avait un retard de règles de quelques jours pendant lesquels elle éprouva quelques douleurs abdominales. Elle fut prise le matin du jour où elle consulta le chirurgien d'une douleur brutale avec nausées et malaises.

Examen clinique :

A l'examen, l'état général est bon. La température est à 99 F. Le pouls à 88, la respiration à 84. Les muqueuses ne sont pas décolorées. L'examen de l'abdomen le montre peu mobile à la respiration. Hyperesthésie dans la fosse iliaque droite, mais sans contracture. Douleur à la palpation profonde au-dessus du ligament de Poupart du côté droit. Le toucher vaginal ne ramène aucune perte; il permet, ainsi que le toucher

rectal, de réveiller une douleur à droite. L'utérus est augmenté de volume. Aucune modification du côté des seins.

Intervention :

A l'ouverture de l'abdomen à 13 heures, le petit bassin est plein de sang, en partie coagulé et en partie liquide. Ayant présente à la mémoire l'intervention antérieure, la trompe de Fallope gauche fut aussitôt palpée, mais trouvée normale. L'incision fut agrandie vers le bas, l'utérus extériorisé. L'organe en entier était légèrement augmenté de volume. Le fond du côté droit était saillant. A la partie supérieure de l'utérus, à peu près un quart de pouce en dedans du point où s'insérait autrefois la trompe droite, il y avait une cavité déchiquetée, saignante, d'environ 1/4 de pouce de diamètre. Ceci, à première vue, avait été pris pour une blessure par instrument dans un but abortif. Mais en épongeant soigneusement le sang, des villosités choriales furent facilement mises en évidence. Un essai fut tenté pour passer une sonde à travers l'orifice vers la cavité utérine, mais aucune communication ne put être découverte.

Un petit coin de musculature utérine fut excisée et la brèche qui en résultait fermée avec des sutures enfoncées au catgut. Pas de reste de tissu ovarien de ce côté. De l'autre côté on constate un petit kyste du corps jaune. L'abdomen fut refermé sans drainage.

La malade guérit sans incident.

**Grossesses interstitielles
traitées par l'hystérectomie**

Obs. IV (inédite). — *Un cas de grossesse interstitielle rompue et traitée par l'hystérectomie* (LAFFAILLE, interne des Hôpitaux de Paris).

Mme Mou..., 30 ans, magasinnière.

La malade entre à l'hôpital des Ménages le 27 mars 1931

à 23 heures avec un syndrome d'hémorragie interne, douleur abdominale et retard des règles de 2 mois.

Cette femme bien qu'ayant un retard de 2 mois ne se croyait pas enceinte. Depuis 7 ans qu'elle était mariée elle n'avait pas eu de grossesse. Le 21 mars à 18 h. 1/2 après son travail, elle ressentit une douleur dans le bas-ventre. Elle rentra chez elle, se coucha et sans appeler de médecin, elle s'appliqua à la partie basse de son abdomen des cataplasmes laudanisés. La douleur s'atténua et la malade put dormir. Le lendemain matin rien ne subsistait, elle put se rendre à son travail d'usine. La journée se passait sans incident. Quand le 27, vers 16 h. 1/2, en plein travail, elle ressent une douleur brutale dans le côté droit de l'abdomen, avec état syncopal. Ramenée chez elle, un médecin fut appelé, il conseilla son admission d'urgence dans un service de chirurgie. Aussitôt entrée, la malade accuse une douleur abdominale diffuse irradiant à l'épaule gauche.

Examen (23 heures) :

A première vue on note les signes d'hémorragies internes qui sont très nets. Le facies est pâle, les lèvres décolorées, la malade est anxieuse. Le pouls est à 140 filant. L'abdomen est légèrement ballonné, avec matité dans les flancs. La palpation est très douloureuse à la partie basse du ventre.

Au toucher vaginal, l'utérus est mal senti, la malade agitée et nerveuse se laissant mal examiner. Le cri du Douglas est des plus net. On fait le diagnostic clinique d'inondation péritonéale par rupture de grossesse extra-utérine. On décide d'intervenir rapidement.

Intervention (23 h. 45).

Anesthésie générale au Schleich. Opérateur : Laffaille.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il y a une issue très abondante de sang. L'abdomen est rempli de sang liquide et de gros caillots qu'on évacue rapidement.

L'examen montre qu'il n'y a pas de rupture des annexes. La lésion qui saigne siège sur la corne interne droite. L'utérus est généralement plus gros que normalement. On note sur la corne droite peu augmentée de volume, une déchirure assez importante grosse comme une pièce de 2 francs à bords irréguliers et déchiquetés. Le péritoine du fond utérin est ecchymotique et dépoli. Les annexes droites semblent en bon état, mais du côté gauche la trompe est épaissie et rouge. L'excision et la résection de la corne utérine semblent difficiles à faire. On fait rapidement une hystérectomie subtotale facile par le procédé de Terrier. Péritonisation rapide et fermeture de la paroi en un plan à crins doubles sans drainage. L'état de la malade à la fin de l'intervention donnant quelques signes d'inquiétude on fait immédiatement une transfusion au jubé (Laffaille) de 200 cc. de sang donné par Mlle Sarthé, la panseuse qui nous servait. Dès que la malade fut dans son lit, on institua un traitement énergique pour combattre l'hémorragie et relever l'état général (sérum intra-veineux, huile camphrée). Rapidement le pouls devient perceptible et dès le lendemain il se calme et se ralentit. Les suites furent normales. La malade sortait guérie le 16/4/31.

La malade revue le 15 janvier 1932 est dans un état excellent, elle présente seulement une cicatrice chéloïdienne. L'examen du petit bassin normal présente un col petit et mobile.

L'augmentation de poids a été trop rapide et la malade se plaint de bouffées de chaleur très gênantes que l'on a essayé de traiter par l'opothérapie.

Voici quelques lignes de commentaire que M. Laffaille ajoute à son observation :

L'état du péritoine, la friabilité du muscle utérin, la trompe gauche suspecte nous ont fait pratiquer l'hystérectomie. Peut-être à l'avenir si nous avons un cas semblable à traiter essayerions-nous un traitement conservateur qui est nettement supérieur au point de vue fonctionnel.

Obs. X (inédite). — PERRIN, ancien interne des hôpitaux, chirurgien à Chalon-sur-Saône.

Ca ... femme T., 24 ans.

La malade entre le 4 juillet dans la soirée pour douleur brutale abdominale.

La malade qui n'a jamais eu de retard attendait ses règles le 15 juin 1930. C'est seulement le 25 juin, 10 jours après qu'elle perd, elle se croit réglée. Depuis lors, elle a chaque jour des pertes rosées, mais elle n'accuse aucune douleur.

Le 4 juillet, pendant son travail vers 5 heures, elle est prise d'une douleur très brutale dans la partie basse de son abdomen. Son état est syncopal.

Elle est immédiatement amenée à l'hôpital des Ménages dans la soirée.

Dans les antécédents on note une pleurésie en 1922. Mariée depuis 8 ans, elle a 2 enfants, une fille de 6 ans 1/2 et un garçon de 5 ans 1/2 né à 7 mois. Entre les 2 couches elle a fait un avortement de 2 mois. Depuis son dernier accouchement elle souffre de son ventre. Voici 3 ou 4 ans qu'elle a une forte métrite avec pertes abondantes. Il y a 3 ans elle fut hospitalisée pendant 3 semaines et traitée pour salpingite droite. Les règles bien que survenant sans retard depuis cette époque n'ont cependant jamais été normales. Elles duraient 2 à 3 jours, tandis qu'auparavant elles se prolongeaient pendant 8 jours.

A l'examen clinique :

On fit le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et inondation péritonéale. On trouve tous les signes d'hémorragie interne et on a le cri du Douglas.

A l'intervention :

L'abdomen est rempli de sang qu'on évacue. On trouve une corne utérine gauche éclatée. Les annexes droites sont malades et adhèrent aux organes voisins. On pratique l'hystérectomie subtotale qui est la seule opération convenable

étant donné l'état des annexes opposées ; puis un drain est placé et on ferme en trois plans. Comme l'état de la malade est très alarmant, on fait une transfusion de sang donnée par Mlle Sarthe.

La malade revue en décembre 1931, a quelques troubles par carence ovarienne et quelques pertes blanches.

Obs. XI (de M. le Pr J. L. FAURE, publiée dans la thèse de CHALABY).

Mme Z..., âgée de 39 ans, entre dans le service de Gynécologie de l'hôpital Broca, le 17 janvier 1928.

Dans ses antécédents, on note deux grossesses normales, dont la dernière remonte il y a 7 ans. Les accouchements ont été faciles et effectués sans complications. Il n'y a pas eu de fausse couche, les règles surviennent à date fixe, l'état général est bon.

Il y a trois ans, une hématocele donne lieu à une intervention : incision transversale avec ablation d'un œuf probablement situé dans le pavillon gauche. Les annexes, intactes, sont conservées. Les suites opératoires sont favorables, mais depuis cette date la malade accuse une douleur continuelle dans le bas-ventre. Les règles demeurent régulières et peu abondantes. Elles sont survenues en novembre 1927, à la date habituelle, mais un peu moins abondantes que les mois précédents.

En décembre pas de règles.

Le 12 janvier, époque présumée des règles, celles-ci apparaissent. Elles sont assez douloureuses et durent peu.

Souffrant depuis trois mois du ventre, plus qu'auparavant, la malade vient à l'hôpital où elle est admise le 17 janvier.

Au toucher, on trouve un utérus gros, douloureux, en rétro-version adhérente. Sa forme n'attire pas l'attention, on ne sent aucune bosselure anormale. Il est vrai que le

fond de l'utérus orienté en arrière est peu accessible au palper bimanuel. L'ovaire droit, mobile, paraît normal, l'annexe gauche est fixe sur le bord gauche de l'utérus. Elle n'est pas spécialement douloureuse.

On ne pense ni à la grossesse ectopique ni à la grossesse normale, mais plutôt à un utérus en rétroversion avec métrite et salpingite ancienne. On ne peut penser à la possibilité d'une fausse couche d'un mois le 13 janvier, car le col est fermé et dur. Le diagnostic est porté sur la fiche avec un point d'interrogation. Après huit jours de repos, on ne note aucune amélioration. Il n'existe ni fièvre, ni perte, mais l'utérus demeure toujours aussi douloureux. L'opération est proposée sans insistance à la malade qui, voyant son état se prolonger, accepte cette décision avec reconnaissance. L'intervention a lieu le 28 janvier 1928 :

Anesthésie générale au mélange de Schleich. Opérateur : Pr Faure.

Après laparotomie médiane, on trouve quelques adhérences dues à la première opération faite en 1926. L'utérus est gros et congestionné. Il est fixé en rétroversion par des adhérences anciennes englobant complètement l'annexe gauche. Sur la corne utérine droite, on voit une bosselure qui paraît être un ovaire adhérent contenant un kyste hémattique. Ce pseudo-kyste se crève au cours des manœuvres de libération. L'hystérectomie subtotalé est pratiquée par le procédé de Kelly, de gauche à droite, hémostase habituelle et péritonisation. La paroi est fermée en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires ont été favorables et la malade est sortie guérie le 14-2, 17 jours après son opération. Elle a été revue le 8 mars dans un état satisfaisant.

Obs. XII (résumée) (DE WYNNE). — *Grossesse interstitielle rompue*, traitée par hystérectomie par suite des lésions des organes du petit bassin.

Opération :

Lorsque l'abdomen fut ouvert, à travers la partie basse de la ligne médiane, une tumeur rouge sombre se présenta dans l'incision. A cet endroit il y avait un peu de sang noir ; du sang liquide et quelques petits caillots se trouvaient dans la grande cavité péritonéale.

La trompe gauche et l'ovaire étaient normaux.

L'appendice ne montrait aucun signe d'inflammation, mais un petit caillot était adhérent à sa pointe

L'utérus était augmenté de volume et très mou.

Au niveau de la corne droite se trouve une large brèche obturée par un fœtus contenu dans ses membranes non rompues.

Il y avait des adhérences plutôt solides entre la paroi pelvienne, le sigmoïde, le rectum et la corne droite. La trompe droite était augmentée de diamètre, et l'ovaire droit entouré d'adhérences. Il y eut un saignement considérable quand les adhérences furent libérées.

Une hystérectomie supra-vaginale fut pratiquée. La convalescence fut prolongée par l'infection de la graisse sous-cutanée et une anémie secondaire.

Obs. XIII. (résumée) (de LAPOINTE et SACUTO).

Femme de 25 ans ayant eu une grossesse normale à 17 ans.

Diagnostic clinique : Hémato-salpinx.

Crise en deux fois, petite masse adhérente à l'utérus qui est augmenté de volume. Signe d'hémorragie tubaire.

A l'opération, on trouve du sang et des caillots dans le bassin. Une masse grosse comme une mandarine, violacée, de consistance molle, se présente séparée du reste de l'organe par une ébauche de sillon. On note sur sa face anté-

rieure, 3 perforations bouchées par des caillots encore frais.

A droite les annexes sont normales.

A gauche : ovaro-salpingite ancienne adhérente à l'épiploon et au colon.

Traitement : hystérectomie intra-cervicale.

Guérison sans incident.

La pièce.

La trompe est normale, le ligament large s'insère sur la tumeur. A la coupe, le kyste fœtal est en dehors de la cavité utérine.

Etant donné l'étendue des lésions « au point de vue traitement l'hystérectomie s'imposait, même si les annexes gauches avaient été saines. Tenter de conserver l'utérus en réséquant le sac eut été une fantaisie dangereuse ». Lapointe).

Obs. XIV (résumée) (de CHABRUT). — (*Un cas de grossesse interstitielle dans un cas de trompes réséquées. Récidive deux ans après du même côté*).

Antécédents :

1) 26 avril 1926 elle est opérée de salpingectomie droite pour salpingite suppurée ;

2) Le 4 septembre 1926, suture du moignon de la trompe droite pour grossesse interstitielle ;

3) En décembre 1928, retard de règles de un mois, douleur abdominale, syncope, on fait le diagnostic clinique de grossesse ectopique.

A l'intervention, il n'y a rien à signaler à gauche.

A droite : Nouvelle rupture de la corne droite, en cratère, de dimension d'une petite noix comblée par des caillots.

Traitement :

Hystérectomie faite à cause de la récidive.

CONCLUSIONS

1° La résection de la corne utérine permet d'enlever la lésion en conservant l'utérus : C'est l'opération qu'il faut s'efforcer de pratiquer.

Sa technique est actuellement bien définie : La difficulté de cette résection est l'hémostase ; mais grâce à la ligature de l'artère utérine dans sa portion terminale contre le bord externe de l'utérus, on obtient une hémostase suffisante de la corne utérine qu'on complètera par une suture soignée de la brèche.

Dans ces conditions, l'opération peut être faite rapidement et n'est pas plus grave que l'hystérectomie subtotale. Elle est même à notre avis moins choquante.

La résection cunéiforme avec réimplantation de la trompe dans la cavité utérine serait l'opération idéale qui rétablit l'état anatomique.

Elle serait indiquée lorsque les annexes du côté opposé ont déjà été enlevées précédemment. Mais c'est une opération d'exception, car sa technique, particulièrement délicate, ne convient pas à des cas d'extrême urgence.

2° L'hystérectomie ne doit pas être bannie ; ses indications bien que très limitées sont indiscutables.

On devra la pratiquer si l'état de la malade le permet, en cas de gros délabrements utérins ou de grosses lésions utérines et annexielles concomitantes interdisant la conservation ou la rendant dangereuse.

On devra la rejeter dans tous les autres cas et surtout si la malade est incapable de supporter un tel shock opératoire.

Chaque fois qu'on sera amené à pratiquer l'hystérectomie, on cherchera dans la mesure du possible à faire l'opération qui conserve la sécrétion interne de l'ovaire et empêche la ménopause précoce.

Vu, le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse
J. L. FAURE :

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE.

Pour tous les travaux antérieurs à 1928, se rapporter aux thèses de GREFFIER de BELLECOMBE, Paris, 1919.

De VAUDESCAL, Paris, 1919.

De CHALABY, Paris, 1928.

ALSOBROOK — New-Orléans médical and surgical-journal, vol. LXXXI, n° 2, août 1928.

BASSET. — Société de chirurgie, 25 avril 1928.

CHABRUT. — Société d'obstétrique et gynécologie, mars 1929.

COTTE. — Société de chirurgie de Lyon, 24 octobre 1929.

COTTE et ARMANET. — La Gynécologie an. XXIX, mars 1930.

CROUSSE, de Bruxelles. — Bruxelles-médical, n°7, 15 décembre 1929.

DESOUBRY. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 23 avril 1928.

DI PALMA. — The american-journal of obstetrics and gynecologie, vol XV, n° 5, mai 1928.

DOUAY. — Rapport au Congrès de gynécologie de Lyon, 1927.

DOUGLAS MARION. — American journal of obstetrics and gynécologie (St-Louis), vol. XVI, n°1.

IMMINK. — Maestricht néderlandsch. Tigdtschrift, voor, géneesunde, 29 novembre 1930.

JOB et HAMAN. — Société d'obstétrique et gynécologie, 18 mars 1928.

LECÈNE et GAUDARD d'ALLAINE. — Journal de chirurgie, 1922.

MONOD CHARLES. — Tactique opératoire des annexes de l'utérus.

NAUJOKS. — Archiv für gynakologie Leipzig, t. CXLII, fascicule 2, 4 septembre 1930.

NELSON. — The American journal of surgery.

N Y. ns, vol III, n°3, septembre 1929.

PERRIN. — Société de chirurgie de Lyon, 24 octobre 1929.

PHANEUF (Boston). — Société des chirurgiens de Paris, 1927.

RICHARDSON. — The Lancet Londres, vol. CCXIX, n° 53, 9 août 1930.

SASS (Dusseldorf) — Zentralblatt für gynakologie, an LIV n°41, 11 octobre 1930.

VILLARD. — Société de chirurgie de Lyon, 24 octobre 1929.

WYNNE. — Rapport au Congrès de Toronto (*in the American journal of surgery*, N Y. ns, vol, VII, n°3, septembre 1929.

